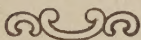


Docteur Ange TANGUY
de la Faculté de Médecine de Paris

273

CONSIDÉRATIONS
SUR LES
PROCÉDÉS D'AMPUTATION DE JAMBE
DITES
AU LIEU D'ÉLECTION



NANTES
Imprimerie F. COLIN et C^{ie}
13, 15, Rue de l'Industrie

—
1941

ANNÉE 1941

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

M. TANGUY Ange-Pierre-Joseph-Marie

Né le 22 Novembre 1909 à Lorient (Morbihan)

CONSIDÉRATIONS SUR LES PROCÉDÉS

— D'AMPUTATION DE JAMBE —

DITES

AU LIEU D'ÉLECTION

Président : **M. le Docteur LENORMANT**

*Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur.*

F. COLIN & C^{ie}, Imprimeur-Éditeur
13, 15, Rue de l'Industrie
NANTES

IV. - AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE		BASSET . . .	Clinique chirurgicale
BRULÉ . . .		BROCQ . . .	
CATHALA . .		CADENAT . .	
CHABROL . .		GATELLIER . .	
CHEVALLIER .		de GAUDART	
DONZELOT . .	Clinique médicale	d'ALLAINES	
DUVOIR . . .		LEVEUF . . .	
GASTINEL . .		MOULONGUET	
LAROCHE G.)		MOURE . . .	
LIAN		QUENU . . .	
MOREAU . . .		FEY	
SÉZARY . . .			

MM.

ECALLE . . .	Clinique obstétricale
METZGER . .	
PORTES . . .	
VIGNES . . .	

V. - CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé . .	Éducation physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie
WEIL-HALLÉ	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONSIDÉRATIONS SUR LES PROCÉDÉS
— D'AMPUTATION DE JAMBE —
DITES
AU LIEU D'ÉLECTION

Docteur Ange TANGUY
de la Faculté de Médecine de Paris

CONSIDÉRATIONS
SUR LES
PROCÉDÉS D'AMPUTATION DE JAMBE
DITES
AU LIEU D'ÉLECTION



NANTES
Imprimerie F. COLIN et C^{ie}
13, 15, Rue de l'Industrie

—
1941

A LA MÉMOIRE DE MON PERE

A MA MÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

A MA FEMME

A MON FILS

A MES BEAUX-PARENTS

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES COMPAGNONS D'ARMES
OFFICIERS
SOUS-OFFICIERS
ET SOLDATS
du 5^e Bataillon du 248^e R. I. D. L.

A MES FRÈRES DE CAPTIVITÉ

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

*Professeur de clinique chirurgicale,
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur*

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous le prions de vouloir bien agréer
l'hommage de nos sentiments respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAUDRELIER

*Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Prosecteur à la Faculté de Paris
Chirurgien-Chef des Hôpitaux de Vannes
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qui nous accueillit dans son service avec une cordialité dont nous lui sommes reconnaissant. Ses leçons nous ont laissé un vivant souvenir d'élégance et d'érudition. Il nous inspira le sujet de ce travail.

Nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre bien sincère reconnaissance.

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE NANTES

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE VANNES

A MONSIEUR LE DOCTEUR DAVID

*Médecin-Chef Honoraire des Hôpitaux de Vannes
Chevalier de la Légion d'honneur*

Qui nous a toujours traité avec une
bienveillance dont nous lui savons gré et
nous guida de ses conseils utiles et éclairés.

En témoignage de notre profonde
gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CANET,

A MONSIEUR LE DOCTEUR BLONDEAU,

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE PONTOIS,

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROGER,

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENARIÉ,

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE CLOSMADÉUC,

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUCHET,

A MONSIEUR LE DOCTEUR MÉRIAN.

CONSIDÉRATIONS SUR LES PROCÉDÉS D'AMPUTATION DE JAMBE DITES AU LIEU D'ÉLECTION

I

INTRODUCTION

Il a été pratiqué dans le service de l'Hôpital de Vannes et à la Clinique de Rohan, de 1934 à 1940 :

52 amputations de jambe au lieu d'élection, soit par lambeaux postérieurs soit par lambeaux externes.

De plus il nous a été donné de voir un certain nombre de résultats obtenus par les chirurgiens de la région (Nantes, Rennes).

Tous ces résultats (les nôtres y compris) nous ont paru défectueux.

C'est pourquoi nous avons essayé de modifier légèrement la technique des amputations au lieu d'élection.

C'est le but de ce travail.

II

Toute amputation quelle qu'elle soit doit être réalisée en but de l'appareillage du blessé.

Et pour que le malade marche correctement le corps doit reposer sur trois points d'appui qui sont :

LA BASE

LE CONE

L'APPUI TERMINAL ou CICATRICE

I. - LA BASE

A la jambe le point d'appui de base est excellent.

Il est constitué par :

1^o) L'extrémité supérieure du tibia avec sa tubérosité antérieure très saillante et ses deux faces latérales excavées sur lesquelles viendront s'appuyer les tiges de duraluminium.

2^o) L'extrémité supérieure du péroné, mais ce point d'appui est parfois douloureux. Le Nerf Sciatique Poplitée Externe le croise; il peut y être comprimé. Il faudra donc évider fortement la loge qui le contient et appuyer l'appareil sur le plateau externe du tibia, qui devient dans la majorité des cas, le seul point d'appui.

II. - LE CONE

Le point d'appui dit de cône, c'est le restant de la jambe. Au cours de la guerre 1914-1918, on a beaucoup compté sur lui en espérant que (le cône creux de l'appareil en s'adaptant après moulage sur le cône plein du membre) la cicatrice terminale s'en trouverait d'autant soulagée.

Cela est vrai en théorie mais non en pratique car l'emboîtement est toujours défectueux et les cicatrices terminales ou latérales viennent toujours à frotter.

III. - LE POINT D'APPUI TERMINAL. Cicatrice.

Il est évidemment moins intéressant que l'appui de base.

Il n'a qu'un rôle accessoire mais pourtant important car il frottera et appuiera toujours, d'où la nécessité de placer la cicatrice en un point du moignon où ces frottements seront réduits au minimum.

Pour s'adapter à ces pesées et à ces frottements il faut qu'il existe entre la peau et l'os un matelassage parfait.

Pour réaliser ce matelassage, nous avons à la jambe deux procédés :

LE LAMBEAU POSTÉRIEUR

LE LAMBEAU EXTERNE

Avec section oblique de la crête tibiale et section haute du péroné de façon à ce que cet os ne vienne pas à l'appui et n'élargisse pas le moignon en s'écartant du tibia.

En ce qui concerne *la section des os* Il n'y a rien à changer Mais il faut se rappeler :

1^o) Qu'il ne faut jamais craindre d'abattre trop de crête tibiale (nous reviendrons d'ailleurs sur ce point).

2^o) Qu'il faut couper le péroné très haut dans un temps à part : plus on le coupe haut, mieux cela vaut.

En ce qui concerne *la taille des lambeaux*, nous verrons que telle qu'elle est décrite par les classiques, ils ne donnent pas toujours en pratique chirurgicale de très bons résultats immédiats ou tardifs.

C'est pourquoi nous espérons montrer dans ce travail, qu'il est possible de les modifier et peut être même de leur substituer un autre procédé qui nous à paru pour le moins, intéressant.

Disons tout de suite, que malgré les progrès réalisés par les orthopédistes, il est capital de conserver le plus grand levier de membre. Par conséquent, ce sera l'état des parties molles, qui décidera en définitive du procédé à employer.

Il faut donc là, comme toujours, s'adapter aux circonstances.

III

ANATOMIE

TUFFIER, disait « l'opération de la jambe est une opération difficile ».

Cela résulte de la disposition des os, des masses musculaires et des vaisseaux.

LES OS

DU PÉRONÉ

Rien à dire, matelassé qu'il est par la gaine musculaire péronière et le fléchisseur du gros orteil. De plus on le coupe haut et il n'a qu'un rôle accessoire.

DU TIBIA

Si c'est un os commode au point de vue chirurgical, facile à découvrir par sa face interne sous-cutanée, au cours des trépanations ou des prises de greffons, sa situation superficielle le rend difficile à recouvrir, surtout

dans le procédé à lambeau postérieur où sa crête bien qu'abattue menace toujours de perforer la peau.

LES MASSES MUSCULAIRES

La disposition des muscles de la jambe par rapport aux os et au ligament interosseux peut se résumer comme suit :

Rien en dedans

Peu en avant.

Jambier Antérieur, Extenseur Propre, Extenseur Commun, logés dans le dièdre tibia péroné.

Beaucoup en arrière.

En arrière en effet, c'est la loge des muscles de la région postérieure, comprenant :

Dans une première couche le Triceps sural avec les Jumeaux et le Soléaire, masse musculaire énorme sur les sujets musclés.

Dans une deuxième couche adhérent au tibia et au péroné les muscles de la loge profonde : Fléchisseur commun, Jambier postérieur et Fléchisseur propre.

Entre les deux, le paquet Vasculo-Nerveux.

LES VAISSEaux

- Trois artères vascularisent la jambe :

La Tibiale Antérieure.

La Tibiale Postérieure.

La Péronière.

Ces artères proviennent de l'Artère Poplitée, qui se divise en deux branches :

L'Artère Tibiale Antérieure.

Le Tronc Tibio-Péronier.

L'Artère Tibiale Antérieure après un court trajet dans la partie inférieure du creux poplité, pénètre dans les muscles de la région antérieure de la jambe, qu'elle suit dans toute sa longueur très adhérente à la membrane interosseuse et nous verrons plus tard l'importance de cette disposition.

Le Tronc Tibio-Péronier se divise en deux branches :

La Tibiale Postérieure.

La Péronière.

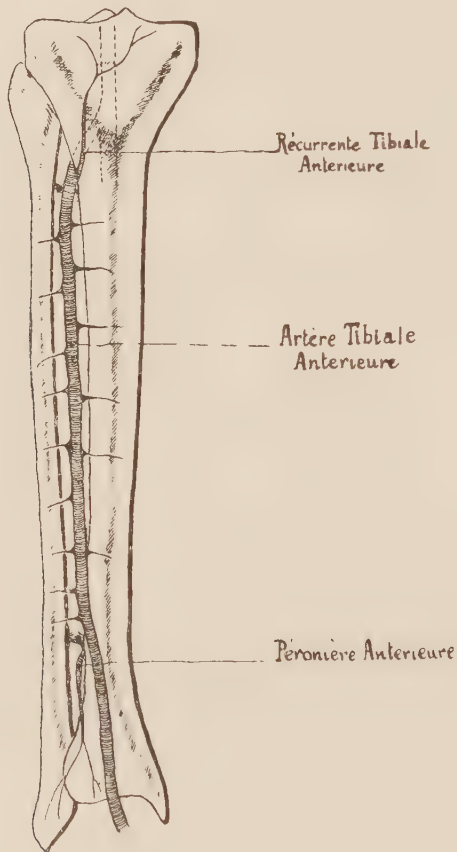
qui passent entre les deux couches musculaires de la loge postérieure.

Mais ce qui nous semble plus important dans l'anatomie artérielle de la jambe, c'est que la disposition de leur ramification est différente, soit que l'on considère la loge antérieure ou la loge postérieure.

EN AVANT

Il s'agit d'une disposition radiale.

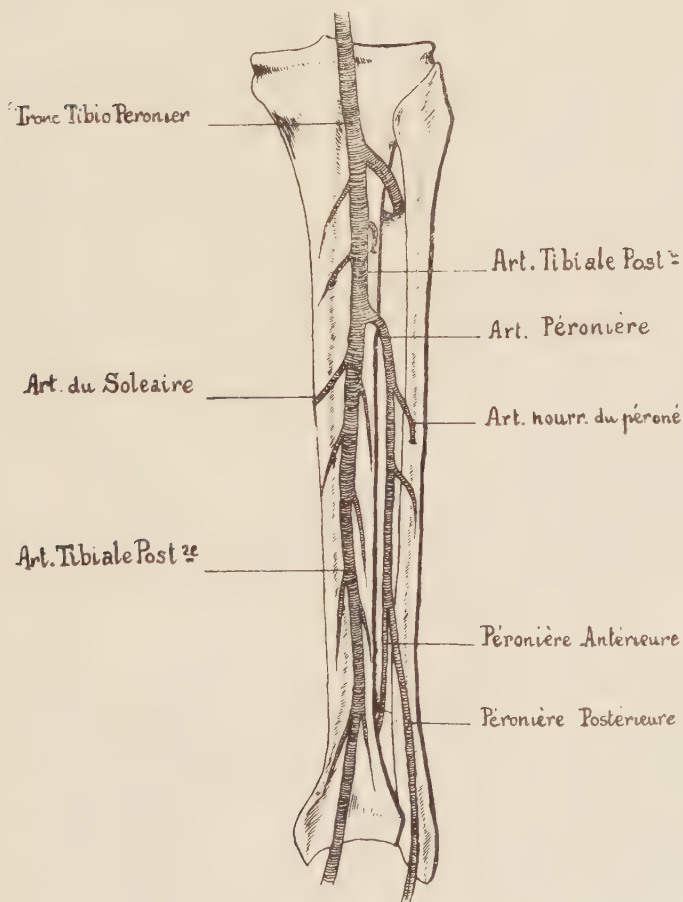
Les collatérales de la Tibiale Antérieure partant à angle droit de son tronc.



Schema montrant la disposition radiale
des collaterales de l'Art Tibiale Ant^{re}

EN ARRIÈRE

Il s'agit d'une disposition pénicillée : les collatérales quittant le tronc principal en pinceaux, c'est à dire obliques en bas et en dehors.



Schema montrant la disposition pénicillée
des collatérales de l'Art. Tibiale Post 2e

De plus les Jumelles qui vascularisent le Soléaire et les Jumeaux, naissent de la Poplitée et suivent le grand axe du membre.

Cela est important en ce qui concerne le procédé à lambeau postérieur.

Il est absolument indispensable de sectionner l'Artère Tibiale Antérieure à la pointe du court lambeau antérieur, et à la relever toute entière avec lui. Toute autre manière de faire entraînerait la disparition de la circulation collatérale radiée et par suite la nécrose partielle ou totale du lambeau.

La disposition pénicillée des artères postérieures et la disposition des Artères Jumelles, autorise au contraire une section plus haute du Paquet vasculaire, qu'il n'est pas nécessaire de laisser tout entier dans le Lambeau Postérieur.

Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point, lorsque nous discuterons ce dernier procédé.

IV

DISCUSSION DES PROCÉDÉS

LAMBEAU EXTERNE

TECHNIQUE

Le procédé dit du Lambeau externe ou mieux postéro-externe, consiste à tailler un large lambeau, qui comprendra les muscles de la région antéro-externe de la jambe, les Péroniers et une partie de la Région Postérieure, et qui viendra se rabattre de dehors en dedans sur la section osseuse.

Ce lambeau sera nourri presque uniquement par la Tibiale Antérieure d'où la nécessité de la respecter.

Mais pour tailler ce lambeau il va falloir râcler la membrane interosseuse à laquelle adhère fortement l'Artère Tibiale Antérieure. Il existe parfois un dédoublement du ligament dans lequel passe l'artère. Cette artère est donc très vulnérable et si, par maladresse ou malchance, on l'éraille ou la sectionne la vitalité du lambeau est définitivement compromise. Il n'existe pas

de vaisseaux de suppléance vu la disposition radiée des collatérales.

Donc on peut dire, que le Lambeau Externe est un bon procédé en ce sens :

1^o) Qu'il matelasse parfaitement les extrémités osseuses.

2^o) Qu'il donne une cicatrice latérale interne, excellente parce qu'à l'abri des pressions et des frottements de l'appareil de prothèse.

Mais qu'il présente quelques inconvénients, car il s'agit d'un lambeau très long mal vascularisé ce qui l'expose à la nécrose et à tous les inconvénients de cette nécrose (moignon infecté, douloureux) surtout si l'Artère Tibiale Antérieure a été lésée au cours de la dénudation de la membrane interosseuse

LAMBEAU POSTÉRIEUR

TECHNIQUE

Le procédé dit du lambeau postérieur consiste à tailler : — un large lambeau qui comprendra dans son épaisseur tous les muscles de la région postérieure.

— et un court lambeau comprenant les muscles de la région antérieure.

Ce procédé est excellent en ce qui concerne la vascularisation. Il n'en est pas de même en ce qui concerne le matelassage des sections osseuses.

Les masses musculaires énormes (Jumeaux-Soléaire) sont difficiles à ramener en avant et à suturer aux muscles de la région antéro-externe et à l'aponévrose jambière: elles basculent en arrière et lorsque la cicatrisation est obtenue la crête tibiale est découverte et menace d'ulcérer la peau.

PROCÉDÉS NOUVEAUX MODIFIÉS

Nous avons essayé de parer à ces inconvénients :

1^o - en modifiant le procédé à lambeau postérieur.

2^o - en modifiant le procédé à lambeau externe et lui substituant un procédé à deux lambeaux latéraux, dit procédé Bordelais ou de Dudon, que nous avons baptisé le *procédé bivalve* en le modifiant légèrement.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE TAILLE DU LAMBEAU POSTÉRIEUR

Il a pour but de diminuer d'épaisseur surtout sur les sujets musclés l'énorme lambeau postérieur qu'il est difficile de suturer correctement au plan antérieur et qui de plus bascule toujours en arrière.

La disposition des vaisseaux permet en effet un dédoublement de la loge postérieure.

1^o - Parce que la couche superficielle des Jumeaux est vascularisée par les Jumelles.

2^o - Parce que l'Artère Tibiale Postérieure envoie

par sa face postérieure des rameaux pénicillés très obliques en bas et en arrière qui nourrissent le Soléaire et qui quittent l'Artère très haut.

On peut donc sans inconvénient ne comprendre dans le lambeau postérieur que les Jumeaux et le Soléaire et laisser adhérent au squelette qui va tomber la Tibiale Postérieure, la Péronière et les muscles de la région profonde.

Il serait évidemment nécessaire de vérifier cette disposition anatomique sur le cadavre en injectant par masse colorée la Poplitée après ligature de la Tibiale Postérieure.

Vu les événements nous n'avons pas eu la possibilité de le faire mais les résultats obtenus dans notre pratique nous ont confirmé le bien fondé de notre hypothèse.

TECHNIQUE

Voici comment nous procédons :

Après avoir taillé le lambeau postérieur suivant les données classiques; nous sectionnons en oblique le tendon d'Achille. Nous libérons rapidement de deux coups de couteau les bords latéraux du Triceps Sural et en dédelant ou transfixant nous isolons ce muscle de la couche profonde.

D'un coup de couteau perpendiculaire à l'axe tibial nous coupons au niveau de la future section osseuse : muscles, vaisseaux et nerfs profonds, et nous terminons comme d'habitude par la manœuvre du 8 de chiffre.

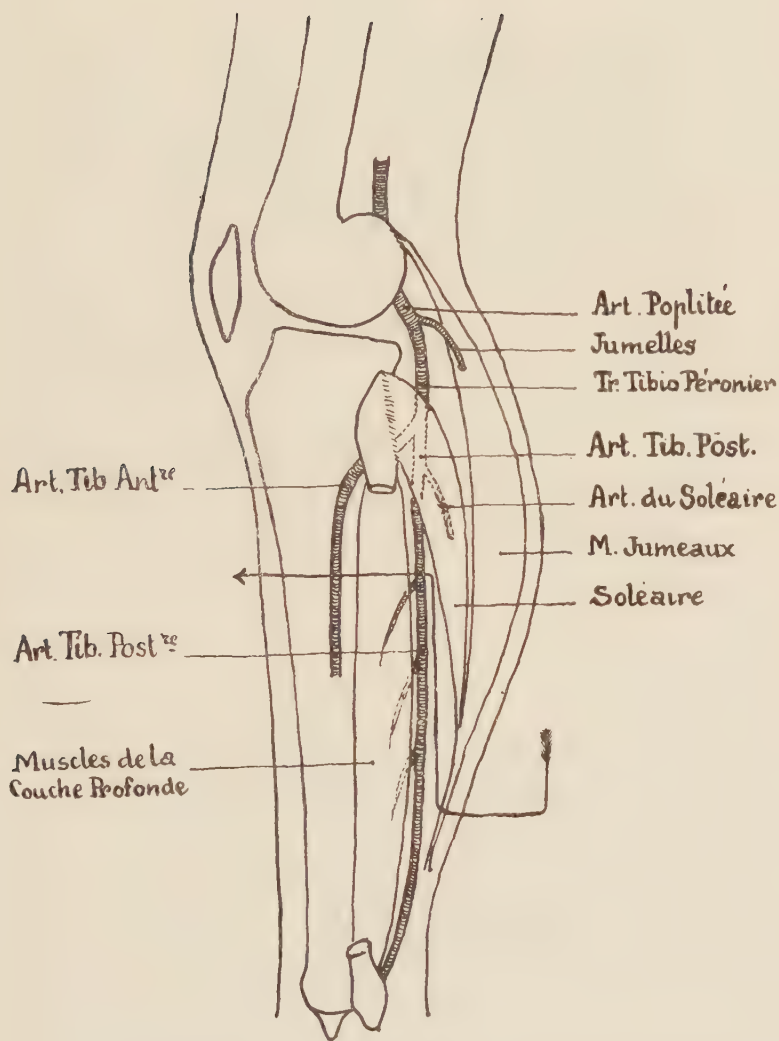


Schéma montrant l'existence de deux territoires vasculaires dans la région postérieure de la jambe

La scie fait ensuite son office et l'on a ainsi un mince lambeau postérieur bien étoffé et qui saigne. Il est facile de le ramener en avant sur la crête tibiale abattue qui malgré tout reste bien superficielle.

PROCÉDÉ BIVALVE

Ce procédé consiste à tailler deux lambeaux : l'un externe vascularisé par la Tibiale Antérieure, la Péronière; comme dans le lambeau externe du procédé classique, mais beaucoup plus court. L'autre interne vascularisé par la Tibiale Postérieure.

C'est donc un *procédé bivalve* : c'est le nom que nous lui avons donné.

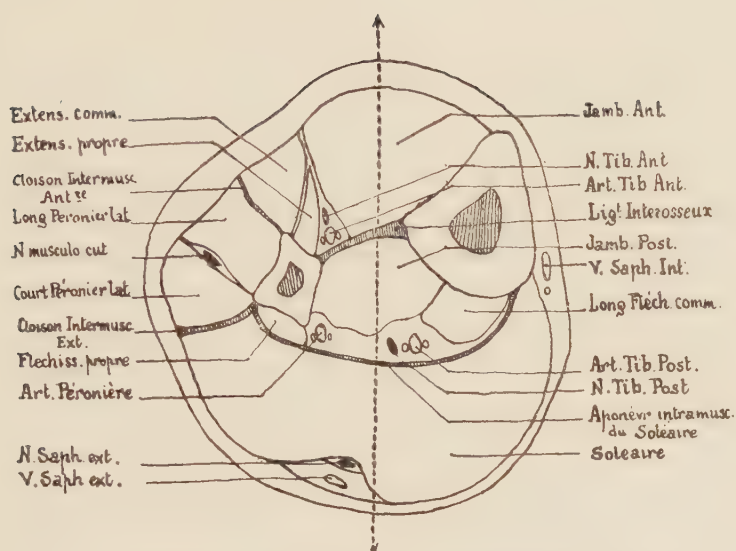
TECHNIQUE

Le malade est couché sur le dos, un gros coussin sous la partie inférieure de la cuisse, jambe pendante bien entendu.

TAILLE DU LAMBEAU INTERNE

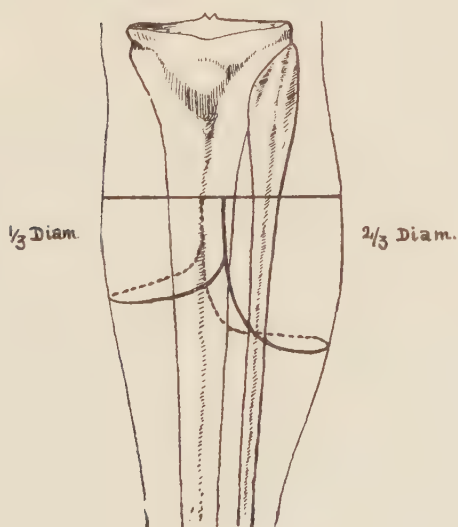
Le lambeau interne, le plus court; doit avoir une longueur d'un tiers du diamètre de la jambe.

Le couteau entame les téguments dans l'espace tibio péronier, descend le long de la crête tibiale, et s'arrondit pour dessiner le point culminant du lambeau, puis remonte sur la face postérieure du mollet pour se



Répartition des masses musculaires dans chaque lambeau

Taille des lambeaux



terminer au point diamétralement opposé au point de départ. Dans son trajet, il n'a intéressé que la peau.

L'aide portant le pied très en dedans, sur la partie postérieure de l'incision le couteau fend le Soléaire et recherche sous l'aponévrose la Tibiale Postérieure sur le Jambier Postérieur de façon à la laisser à l'intérieur du lambeau.

Ceci fait, on sectionne transversalement les muscles Jambier Postérieur et Fléchisseur commun des orteils et l'on revient en avant pour pénétrer dans le Jambier Antérieur que l'on divise, laissant une partie du muscle accolée au lambeau interne.

Il ne reste plus qu'à décoller les muscles de la face externe du tibia et du ligament interosseux. Ce que l'on fait de bas en haut à la rugine.

TAILLE DU LAMBEAU EXTERNE

Le lambeau externe est deux fois plus long que l'interne; il a donc les deux tiers du diamètre.

Pour le tailler, on continue l'incision verticale antérieure du lambeau interne. puis on se retourne sur le péroné et l'on rejoint l'incision postérieure du lambeau interne,

On décolle le lambeau en raclant le péroné, puis le ligament interosseux pendant que l'aide fait exécuter au membre les rotations appropriées.

On termine par le 8 de chiffre, le rétracteur, et on abat la crête tibiale. On sectionne le péroné le plus haut possible.

INTÉRÊT DU PROCÉDÉ

1^o) Deux lambeaux externe et interne très bien vascularisés ; surtout si l'on prend la précaution de laisser la Tibiale Postérieure dans le lambeau interne, la Tibiale Antérieure et la Péronière assurant la nutrition du lambeau externe, qui moins long que le lambeau externe du procédé classique aura une vitalité plus facile à sauvegarder.

2^o) Le ruban de Jambier Antérieur qu'on laisse dans le lambeau interne viendra tapisser la crête tibiale qui se trouve recouverte de façon parfaite, surtout si l'on suture avec soin les deux surfaces sectionnées, l'une interne et l'autre externe de ce muscle.

3^o) La cicatrice sera reportée très en dedans. Ce qui est la solution optima.

On aura ainsi un excellent point d'appui terminal.

CHOIX DU PROCÉDÉ

Toutes les amputations de jambe que nous avons faites, à part quelques cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse du coup de pied l'ont été pour des cas de « chirurgie de la rue » ou de bombardement.

Nous pouvons les diviser en deux catégories.

La première comprend les amputations faites d'emblée, les dégâts étant tels que toute tentative de conservation du membre était impossible.

L'autre, les amputations faites secondairement après tentative de conservation par réduction sanglante, par davier ou par ostéo-synthèse.

Dans le premier cas nous avons indifféremment pratiqué le lambeau postérieur et le bivalve suivant les téguments qu'il nous était possible de conserver.

Dans le second cas (amputation secondaire) c'est toujours au procédé bivalve que nous avons eu recours.

Il faut toujours en effet craindre dans les amputations secondaires plus ou moins tardives une infection du moignon qui force à désunir.

Une fois le lambeau postérieur désuni, il pend dans le pansement, se rétracte et devient de plus en plus douloureux.

Le procédé bivalve désuni, les lambeaux restent en place. Une fois la désinfection obtenue, il est très facile de les rapprocher soit par bandelettes, soit par corset. Nous avons pu dans un cas après contrôle bactériologique pratiquer la suture secondaire.

OBSERVATIONS

AMPUTATIONS PRIMITIVES

M. M......

Entre à la clinique de Rohan le 18 Juin 1939.
Accident de chemin de fer.
Broiement de la jambe droite. Hémorragie. Garrot.
Amputation à lambeau postérieur aminci.
Revu en Juillet 1940. Très bon lambeau. Marche
très bien.

M. V.....

Entre à la clinique le 12 Février 1939.
Section complète du membre par roue de wagon.
Amputation bivalve - Suture sur drain.
Guérison en Avril 1939. Pas revu.

Mme F......

Entre à l'Hôpital. Accident d'auto le 30 Mars 1940.
Broiement du membre au tiers moyen.
Amputation bivalve sans sutures.
Guérison après désinfection par Carrel et rappro-
chement des lambeaux par corset.
Sort en Juillet 1940.

Mlle S...

Entre à la Clinique le 16 Mars 1939.

Section du pied par lame de faucheuse.

Amputation au tiers inférieur ~ lambeau postérieur aminci.

Guérison par première intention. Bon moignon.

AMPUTATIONS SECONDAIRES

M. L.....

Envoyé à la clinique de Rohan le 31 Mars 1939 pour
fracture ouverte de la jambe au tiers inférieur.
Ostéosynthèse par plaque après nettoyage du
foyer. Plâtre.

Suites opératoires mauvaises.

Le 5 Avril Amputation bivalve en laissant tout
ouvert.

Irrigation au Carrel.

Le 4 Mai suture secondaire

Mme TH.....

Envoyée à la clinique de Rohan le 15 Février 1939
pour fracture bi-malléolaire ouverte. Saillie de
l'astragale.

Astragalectomie. Nettoyage. Plâtre à anse.

Suites opératoires mauvaises.

Amputation bivalve. Fermeture sur drain.

Guérison.

Revue en Janvier 1940. Appareillée. Marche très
bien Très beau moignon.

M. M.....

Envoyé à la clinique le 16 Janvier 1940.
Fracture ouverte de l'articulation tibio-tarsienne.
Nettoyage. Reposition de l'astragale. Pas de drainage.
Suites opératoires mauvaises.
Astraglectomie le 19 Janvier 1940. Pas d'amélioration.
Amputation bivalve. Irrigation au Carrel.
Sort guéri le 7 Mars 1940.

Mlle C.....

Entre à l'Hôpital de Vannes le 14 Juin 1940.
Plaie par éclat de bombe d'avion du cou de pied.
Evacuée de Rouen, est restée 8 jours sans pansement.
Etat septicémique - Plaie de débridement très infectée.
Amputation bivalve - Guérison.

M. J.....

Entre le 10 Mars 1940 à l'Hôpital pour gros délabrement de l'extrémité inférieure de la jambe gauche.
Le malade refuse l'amputation d'emblée. Essai de conservation par esquillectomie et plâtre.
Le lendemain vu l'état de la peau, amputation à lambeau postérieur aminci.
Suture. Guérison.
Revu le 15 Avril 1941. Très bon état. Marche très bien.

CONCLUSIONS

Nous croyons que le procédé bivalve qui n'est que le procédé à lambeau externe modifié par conservation d'une lame de Jambier Antérieur qui viendra matelasser la crête tibiale est un procédé qui nous semble devoir retenir l'attention.

- 1^o) Parce qu'il donne une cicatrice déjeté sur la face interne, donc en dehors des pressions.
 - 2^o) Parce qu'il met à l'abri des ulcérations secondaires de la peau, par la crête tibiale.
 - 3^o) Parce qu'en cas de désunion il permet toujours des pansements faciles et non douloureux et qu'il se présente dans les meilleures conditions pour pratiquer une suture secondaire.
-

BIBLIOGRAPHIE

POIRIER. — *Traité d'Anatomie.*

FARABŒUF. — *Traité de Médecine Opératoire.*

SOUPAULT. — *Précis de Médecine Opératoire.*

BROCA et DUCROQUET. — *Prothèse des Amputés.* Collection Bleu Horizon.

LEFEBVRE et BERTRAND — *Procédé de choix d'amputation de la jambe.*
(Bordeaux)

Paris Chirurgical 1930, N° 4 pages 102-106

Imprimerie F. COLIN et C^{ie}

— Imprimeur-Éditeur —

- 13, 15, Rue de l'Industrie -

— NANTES —
